DELLA

PNEUMONITIDE

SAGGIO

SUL DIAGNOSTICO E SULLA CURA

DELLA

PNEUMONITIDE

DEL DOTTOR

DOMENICO GOLA

MEDICO PRIMARIO DELLO SPEDALE DEI RR. PP. FATEBENEFRATELLI
E DEL SEMINARIO ARCIVESCOVILE DI MILANO



MILANO
TIPOGRAFIA E LIBRERIA DI GIUSEPPE CHIUSI
contrada di S. Vittore e 40 Martiri
1844

AL LETTORE

Questo mio Saggio diagnostico sulla infiammazione dei polmoni non è che lo spoglio delle storie di questo morboso processo da me raccolte nello Spedale di San Giovanni di Dio. Dall' insieme di una gran serie di fatti, dal complesso di molte osservazioni, astrazion fatta da quanti hanno scritto su questo argomento, io mi sono proposto di compilare il quadro di questa malattia, quale l'osservai decorrere nella nostra città di Milano. Siegue alla parte diagnostica lo sviluppo di un lavoro da altri non ancora tentato, e si è quello di mettere nel più

vicino rapporto la parte diagnostica colla terapeutica, e di presentare al Medico pratico in quegli stessi segni fisici, che lo scortano alla conoscenza della malattia, una guida per la giusta direzione della cura. S' io abbia côlto nel segno, lo giudicherà il pubblico, al quale mi lusingo tornerà almeno gradevole il mio buon volere.



La pneumonite il più delle volte sorprende senza sintomi precursori, e coglie un individuo all'improvviso nel mezzo delle sue occupazioni, e nel vigore della propria salute. Ho non di rado osservato in alcuni svolgersi fenomeni in apparenza gastrici: vomito, ansietà epigastrica, rossore della lingua, prostrazione di forze, in una parola sintomi tali da far pendere il giudizio sullo sviluppo di una febbre tifoidea; poi trascorsi tre, o quattro giorni svegliarsi un dolore laterale, subentrare la tosse con isputi sanguigni, dichiararsi infine una pleuro-pneumonitide. Ad eccezione di questi casi, l'individuo viene ordinariamente attaccato ad un tratto da febbre a freddo forte della durata circa di un'ora ed

anche più, e pendente questo accesso sviluppasi un dolore laterale al petto più o meno acuto, il quale ostando alla libera sua dilatazione obbliga l'ammalato a frequenti e brevi respirazioni, ciò che costituisce l' affanno peripneumonico. E giova ben notare la ragione di tale affanno, onde non giudicare da esso della gravezza del male, poichè non è già a ripetersi da ostacolo all' entrare dell' aria per le vescicole polmonari, le quali nel primo grado della pneumonite non presentano ancora tale ingorgo da opporsi al libero suo ingresso. — Al freddo febbrile siegue il caldo più o meno urente, il quale continua senz'altro avvicendarsi di freddo con esacerbazioni per lo più vespertine. Al dolore, all'ansietà del respiro si associa la tosse nel primo e nel secondo giorno secca, e in seguito l' ammalato escrea un fluido simile ad una soluzione di gomma arabica colorata in rosso di mattone, ed anche puro sangue. La fisionomia del malato presenta un carattere tutto suo proprio, è l' espressione d'un uomo che soffre, e la sua ansietà è accompagnata da un lamento, poichè nella celerità della respirazione e nella penosa difficoltà di eseguirla emette, ogni volta che respira, un gemito. La faccia è pallido-giallognola, e sulle guance appare un rossore cupo circoscritto; le labbra sono

asciutte, la lingua quando rossa ai margini, arsiccia, quando coperta di bianco muco, o giallo-oscuro; la sete ardente; il decubito supino, plumbeo; la pelle urente, secca, o fino dal principio umettata da un falso sudore, non ingannevole indizio di grave decorso della malattia: le orine sono scarse, rosse. In molti pazienti dopo il terzo giorno di febbre appare l'idroa intorno alle labbra ed al naso, esantema assai insignificante per il giudizio fausto od infausto della malattia.

La febbre del peripneumonico non è sempre in relazione col locale patimento. Trovasi talfiata tale depressione di polsi, ed abbassamento di temperatura, che a mala pena si attiverebbe una cura antiflogistica. È del polso come delle forze muscolari, le quali nel principio della malattia sono così avvilite, che difficilmente si ottiene di far sedere il paziente sul letto: mano mano che si estrae sangue, vanno tali forze liberandosi come di un peso, che levato venga da una molla elastica, su cui gravitava.

Sono questi i segni razionali, che ci additano essersi accesa nei polmoni una infiammazione, ma per misurarne il grado, e l'estensione, per localizzare di più la condizione patologica, e seguirne con certezza i passi, codesti segni sono insufficienti, e d'uopo è valersi dei sensibili.

Al primo svilupparsi della pneumonitide la sonorità del torace è ben di poco al disotto del naturale, talmentechè colla semplice percussione non si giugnerebbe ad avvedersi del male, che si va covando. In progresso la percussione toglie il medico dalla incertezza, nella quale lo aveva lasciato, e lo assicura che vi sottostà un grave disordine.

A questo punto giova avvertire, che coglier si potrebbero degli errori, se limitar si volesse il proprio esame alla sola parte anteriore del petto, essendo nei più dei casi poco lontana la sonorità dallo stato normale. È quindi necessaria una esatta percussione di tutte le parti del torace, ed in ispecie delle dorsali, ove suole apparire più manifesta la differenza di sonorità dallo stato sano. Ad un esperto e diligente percussore però non isfuggirà nella percussione della parte toracica anteriore, che il suono reso dal dito percosso non è normale, e che indica latente un processo morboso nelle parti esaminate. Questo fatto si vedrà verificato in ispecie nella percussione praticata nel secondo grado della pneumonite, come lo mostreremo in appresso. In questi casi deve il medico applicar bene il dito sul torace, e dare coll'altra mano un colpo pronto e secco.

Ho avuto non infrequenti occasioni di esplorare ammalati appena sorpresi da pneumonitide, ed ho potuto assicurarmi, che la prima espressione acustica dello svolgersi di una flogosi polmonare non è già l'esagerazione del rumore respiratorio normale, la così detta respirazione puerile, ma sibbene la debolezza di esso rumore. Ogni volta ch'ebbi ad ascoltare tali ammalati, ho dovuto sempre prestare molta attenzione per rilevare il rumore di respirazione, e questo ho riscontrato esposto con molta verità da *Grisolle.*

Alla debolezza del rumore respiratorio, che devesi ritenere come primo segno fisico dell'entrare della pneumonitide, succede il rantolo crepitante secco. Questo si palesa in generale nella parte dorsale inferiore, ove applicando l'orecchio sentesi durante l'ispirazione svolgersi un crepito secco, successivo, diffondentesi rapidamente in un'area, che supera l'ambito del padiglione dell' orecchio di molta estensione. Questo crepito si sente sempre ogni volta si faccia inspirare profondamente l'ammalato, e non si esterna che nella ispirazione, mai nella espirazione. Talora è finissimo, costituito cioè da un minutissimo scricchiolare, simile a quello che rilevasi piegando vicino all'orecchio un cilindro di peltro fino: tal altra lo è meno: ben di rado questo segno

manca, e si appalesa d'ordinario nella seconda giornata.

Io non ammetto con alcuni, che questo rantolo sentasi nel fine della ispirazione, ma piacemi dire nell'atto della ispirazione. Poichè siccome è quasi sempre nei lobi inferiori, che si svolge la pneumonite; così il rantolo crepitante fino allora si manifesta quando l' aria scende a percorrere le parti inferiori infermate, ed ascoltasi per questa ragione sulla fine della ispirazione. Ma siccome la pneumonite non tiene sede esclusiva nelle parti inferiori del polmone, ma può sorprendere fino dal suo primo apparire anco le superiori, quindi inesatta risulta l' espressione, che il rantolo crepitante sentasi solo sulla fine della ispirazione.

Il rantolo crepitante, quale segno patognomonico della pneumonite, è sempre secco, e quando si riscontra umido, esso non è più fino e minuto, ma sibbene risulta di più grosse bollicine, ed indica sempre che l' ammalato era già affetto da irritazione bronchiale, prima che venisse sorpreso dalla pneumonitide. Io ho applicato le tante volte la mia attenzione a questo fatto, ed ho trovato sempre di che convincermi di quanto scrivo. E se bene si ascolta il polmone in tali condizioni, non è raro rilevare ben anco

qualche fino sibilo nell'atto della ispirazione, e gli stessi sputi, i quali sino dal principio del male sono mucosi, indicano che la membrana interna dei bronchi era di già sofferente.

Egli è ben vero, che in alcuni casi mi venne fatto di ascoltare un rantolo crepitante umido sino dal principio della pneumonitide, ove per quanto addimandassi non eravi stata precedenza di bronchitide, ma i soggetti, che ne fornivano l'esempio, erano o vecchi, o di fibra rilasciata, scrofolosi, predisposti alle affezioni dei tessuti mucosi, ad una morbosa attività di loro secrezione, come avvenir suole delle bronchitidi, le quali in simili individui si annunziano fino dal loro principio con copiosa blennorrea.

Dissi che il rantolo crepitante secco forma un segno patognomonico della pneumonite. Questa proposizione non si deve credere tanto assoluta, che non abbia i suoi casi eccezionali, poichè, per tacere di altri esempj, anco al presente ho sott'occhio un ammalato nello Spedale di S. Giovanni di Dio, che ho potuto esaminare fino dal principio del suo male, ed in cui, dopo due giorni di una distinta debolezza del rumore respiratorio, passai a sentire un soffio bronchiale senza precedenza di rantolo crepitante secco. Questi casi però sono realmente rari, e potreb-

bero essere anche non senza ragione impugnati, potendosi dare, che il suo apparire fosse stato breve, e per la violenza della flogosi trasmutato tosto in soffio. Paragonar si potrebbe all'egofonia, che da alcuni viene negata, perchè la sua esistenza dipende da cause così facili ad essere successe da altre, che la estinguono di un tratto, per cui, come dissi altre volte, bisogna sorprenderla per sentirla.

Il rantolo crepitante secco indica, giusta tutti i patologi, uno stato di ingorgo polmonare, ma non tale da impedire alle vescicole di ricevere ancora dell' aria, altrimenti non avrebbe pur luogo tal segno sensibile. Le vescicole sono in parte occupate da quella vischiosità sanguinolenta simile ad una soluzione di gomma arabica lievemente colorata in rosso oscuro, quale si vede escreare dall' ammalato sotto gli accessi della tosse in tale periodo di male.

Mano mano che aumenta la flogosi, e maggior copia di sangue trasuda nelle vescicole polmonali, subentra un altro *stadio*, che dicesi il *secondo* della pneumonite, ed un altro ordine di segni fisici indicante una gravezza maggiore.

La percussione esercitata in questo periodo dà un suono muto con resistenza al dito, la quale non è però mai tale, quale si riscontra

nelle effusioni pleuriche. A questo punto io debbo fare osservare un fatto, che non venne finora notato da alcuno, ed è che nell'ingorgo polmonare, quando questo, come è più ovvio, affetti la parte posteriore del polmone, se si percuote la parte anteriore del torace (la quale all'ascoltazione abbia indicato essere lo strato anteriore del polmone permeabile all'aria), il suono anzi che mostrarsi più muto che nell'egual lato non sofferente, risulta evidentemente più sonoro. E ciò, che accade nel caso ora accennato di ingorgo polmonare, occorre pure nelle effusioni pleuriche, decumbendo l'ammalato supino. Nessuno per quanto io sappia ha finora fatto cenno di questo fatto, che ognuno può di leggieri confermare. La ragione di questo fenomeno, a parer mio, sta in ciò, che la porzione del polmone non ingorgata riceve nelle proprie vescicole una copia maggiore di aria, che non nello stato sano, sospintavi da uno sforzo più energico e ripetuto di ispirazioni, che instintualmente eseguisce l'ammalato, onde supplire al suo bisogno, per cui avviene come un emfisema per dilatazione senza rottura delle vescicole: emfisema temporaneo, che cessa, quando, tolta la flogosi, concorrono anco le altre che furono malate, all'adempimento delle loro funzioni.

L'ascoltazione in questo secondo periodo non rileva più il rantolo crepitante secco, ma sibbene un soffio bronchiale, che paragonabile nel suo nascere ad una espirazione brusca e celere fatta a labbra semichiuse, può in appresso essere nel suo acme confrontata a quei due rumori che risultano dal succhiar prima, e soffiar poi forte nella mano conformata a canale, ed applicata ermeticamente alla bocca. Questo soffio bronchiale diviso in due tempi a norma che sentesi nei due atti della respirazione è sempre più forte e rumoroso nel secondo, o sia nella espirazione. Esso poi è ben diverso da quello che si ode nella pleurite con effusione, il quale offre una distinzione assai sensibile in ciò, che ha un timbro metallico, assomiglia precisamente a quel suono, che risulta dal soffiare in una cannula di rame. Questo soffio bronchiale è talora accompagnato da qualche crepito secco, che sentesi svolgere qua e là a distanze sul fine di una profonda ispirazione.

Il soffio bronchiale, siccome ha origine nei canali bronchici maggiori, in quelli che per la maggiore compattezza del loro tessuto, e per la particolare loro struttura resistono alla compressione esercitata dalle vescicole ingorgate, è naturale che s'abbia a riscontrare esclu-

sivamente alla radice dei bronchi, e fino dove questi canali offrono tale resistenza. Quel soffio bronchiale, che sentesi alla estremità del polmone, non è che l'eco di quello che rilevasi alla radice suindicata. Avviene in questo caso come nelle escavazioni polmonari, delle quali male si misurerebbe l'estensione, se si volesse desumerla dallo spazio entro il quale sentesi il gorgoglio mucoso. Il soffio bronchiale, che sentesi lontano dai canali bronchiali tiene alla maggiore conducibilità del parenchima polmonare prodotta dall'ingorgo sanguigno, la quale talora è tanta, che non avvi punto di polmone affetto, ove applicando lo stetoscopio non sentasi il suddetto soffio.

Al soffio bronchiale si collega la maggiore risonanza della voce, o sia la broncofonia morbosa. Si è questionato, se la voce che viene trasmessa per mezzo di un polmone indurato sia, o non sia con fremito. Ognuno può di leggieri erigersi giudice in questa controversia. Applicando l'orecchio nel caso di un polmone ingorgato la voce del malato viene comunicata all'ascoltatore con maggiore risonanza, ma le parti attigue al bronco non vibrano in guisa alcuna per la perduta loro elasticità: l'opposto avviene nell'esempio di un polmone sano, e ciò per in-

verse ragioni. A guisa della voce anco la tosse percuote l'orecchio in modo assai ingrato.

Giunti a questo stadio, che suole designarsi pel secondo della pneumonite od il male elude ogni risorsa dell'arte, ed il soffio bronchiale assume il massimo grado di asprezza, sussiste più giorni, non si ode intorno ad esso alcun rantolo minore, e finalmente succede al soffio il rantolo gorgogliante dei morienti.

Ma se la malattia dal grado di ingorgo passa alla risoluzione, odesi dapprima divenire di giorno in giorno meno aspro il soffio: intorno ad esso svolgesi qua e là qualche rantolo crepitante, che non è più secco, ma un po' umido, e quanto più questo aumenta in estensione, tanto più il soffio decresce: infine il rantolo crepitante umido *(rhonchus crepitans redux)* cede luogo alla espansione vescicolare: la respirazione, che si rilevò esagerata nel polmone non affetto, riprende la sua normalità. Giova notare che alla radice dei bronchi, anco a compiuta risoluzione della malattia, rimane per qualche tempo qualche soffio, il quale sembrerà morboso, se si confronti colla respirazione di un individuo sano, ma pure non lo è. Questo soffio, il quale è di sua natura sempre dolce, e va ogni giorno vie più indebolendosi, nasce da quella lodevole esalazione,

che operasi nelle cellule polmonari, conseguenza della cessata flogosi, ed indizio di ristabilita funzione, la quale però rende lo strato polmonare più conducibile del suono.

Il rumore respiratorio, che ascoltasi in un individuo riavuto da una pneumonitide, è sempre più debole di quello lo fosse avanti che venisse contratta la malattia, e talora lo è tanto, che vi si esige gran silenzio e molta attenzione per sentirlo.

La sonorità del lato stato affetto non si ristabilisce mai subito: esso rimane ancora muto ad onta che l'ascoltazione rilevi l'entrata dell'aria nella parte percossa, e non si restituisce che dopo un lasso di tempo indeterminato.

Passata una pneumonitide a perfetta risoluzione, ciò che è caso non molto frequente nella città in cui scrivo, ogni volta si esplora l'individuo nella convalescenza applicando l'orecchio sulla parte stata affetta, sentesi nel fine della ispirazione un rantolo crepitante diffuso, dolce, umido, che si perde nelle ispirazioni successive. Da ciò nasce la necessità di sentire più volte in uno stesso luogo la respirazione del proprio malato, poichè altrimenti un ascoltatore pusillanime, e non molto esperto potrebbe dubitare della ricuperata salute, giudicare di una riproduzio-

ne di flogosi, e porre in opera nuovi mezzi di cura.

Grisolle ha voluto legare il passaggio della crepitazione alla respirazione tubale con un nuovo rumore, al quale egli appose il nome di *bruit de taffetas.* Ebbi io stesso più volte, prima che mi pervenisse alle mani l'opera del su lodato Autore, l'occasione di ricevere all'orecchio una sensazione, che rassomigliava al suddetto rumore, ma essa non era costante in tutte le pneumonitidi, e d'altronde io l'osservava sempre in que' soggetti, nei quali erasi già determinata una esalazione nelle vescicole polmonari, e nei canali bronchiali; soggetti di temperamento linfatico, ove i rantoli sono più ovvj a riscontrarsi, e quindi non la riputai che una varietà di questi. Chi volesse assumersi la briga di descrivere tutte le specie dei rantoli, che si esternano in una bronco-pneumonopatia, ed apporvi un nome proprio, ne farebbe una schiera infinita. Voler poi assegnare ai medesimi un posto nel corso del male, e quindi un valore speciale per indicare il corrispondente patimento, si correrebbe rischio di cangiare spesso loro e il posto ed il valore, tante e sì diverse essendo le condizioni, alle quali sono subordinati. Io non voglio con ciò negare a certi segni sensibili il

diritto che si arrogano ad indicare la patologica condizione che rappresentano, che anzi tutto ne riconosco il valore, ma intendo frenare soltanto il trasporto, che alcuni sentono di moltiplicare e segni e nomi a danno più che ad utile della scienza.

L' andamento della malattia finora delineato, quanto alla serie dei segni sensibili, osservasi solo in quelle pneumonitidi, le quali vengono fino dal loro esordire, o poco dopo ad essere soggetto di cura; che attaccano individui sani, o per lo meno tali, che non furono ludibrio di altri patimenti di petto. Ma questi casi sono assai meno frequenti nella nostra città di quello si possa credere.

La maggior parte degli individui, che chieggono del medico, sono già da più giorni travagliati da flogosi più o meno diffusa alle vie bronchiali, e questa è la più comune conduttrice della pneumonitide. Non dimenticherò mai un caso, nel quale ho potuto con tanta evidenza sorprendere il passaggio della bronchitide nella pneumonitide, indicato dalla successione dei rantoli proprj a quella, nel rantolo crepitante patognomonico di quest'ultima affezione, ed esternatosi nel lobo inferiore del destro polmone. L'esempio però di sentire il rantolo crepitante

secco nel primo grado di una pneumonite consecutiva ad una bronchite deve essere assai raro, poichè per lo più in tale emergenza il rantolo è nel primo grado della pneumonitide umido. Io sono di parere, che questi casi abbiano dato origine all'opinione, giusta il mio modo di vedere, erronea, di assegnare alla bronchite quale segno sensibile il rantolo crepitante umido. Questo rantolo devesi considerare come una espressione del primo grado della pneumonitide, rantolo che si appalesa umido, perchè vi precedette una bronchitide.

Nei casi in cui la pneumonitide o semplice, o complicata colla pleurite succede alla bronchitide, i segni sensibili di quella si legano con quelli di quest' ultima. Ascoltando l' ammalato nella regione dorsale, in ispecie fra le scapole, sentesi nella ispirazione a preferenza un rantolo più o meno sonoro, secco od umido, ed anco nel lato, ove si è svolta la pneumonia, odonsi congiuntivamente al rantolo crepitante secco dei sibili fini, i quali non sono proprj della semplice pneumonite. L' ammalato unitamente agli sputi sanguigni escrea del catarro, e la sua fisionomia non è precisamente la peripneumonica. L'andamento stesso di questa malattia indica la coesistenza di due patologiche condizioni. Mano

mano che colla attività della cura scema la flogosi, dileguansi i segni sensibili della pneumonite, ed attivandosi la mucosa bronchiale nella sua secrezione, esternansi quelli della bronchite in modo eminente.

Oltre la bronchite, non infrequente a complicare la pneumonite si aggiugne la pleurite. Moltissime sono le pneumonitidi, alle quali si accoppia un simultaneo infermarsi della pleura, per cui le pleuro-pneumonitidi sono al paro delle bronco-pneumonitidi frequentissime nella nostra città. Ma appoggiato alle mie osservazioni cliniche, sulle quali sole è basato questo saggio, ben di rado la pleurite, che accompagna la pneumonite, è grave: essa è certamente secondaria, tratta in iscena dalle molestie che riceve dal viscere che avvolge, e quindi cede d'ordinario alle prime sottrazioni di sangue, di rado riconosce un esito. Io quindi inclino a ritenerla per una pleurite secondaria, che il medico non la deve perdere d'occhio, poichè tutto è dovere che esso apprezzi nel suo malato, ma che non lo ha pure a turbare nè per ispecialità di cura, nè per la direzione del pronostico: poichè, come dissi, nelle prime cure della pneumonite, essa per lo più viene ad essere perfettamente dissipata. Ben altrimenti va la cosa, quando le pleu-

ritidi sono primitive. Esse ripercuotono sul polmone maggior danno, che nol faccia questo sul proprio involucro, e le sollecitudini del medico in questo caso vengono ad essere ben più gravi. Ma questo per ora non è oggetto de' miei studj.

Io prescindo dall'entrare nella questione, se la pneumonite destra sia più ovvia a riscontrarsi della sinistra, e viceversa. Quale utile ne ritrae la scienza da questa cognizione, se pure si arriverà a raggiugnerla? Forse che da essa emerger ne deve una modificazione di cura? Sono queste, a parer mio, inutili ricerche, mediche oziosità. Ciò piuttosto che sembrami di reale interesse si è, che nelle pneumonitidi destre vengono frequentemente alterate le funzioni del fegato per una flogosi, che al medesimo si irradia, quindi non infrequente è nelle pneumonitidi destre il colore subiterico dei pazienti, il dolore alla regione epatica: maggiore è l'ansietà della respirazione, più agitati i movimenti del cuore, e le orine sono crocee, le fecci cinericce o gialle. È questo un patimento che osservasi quasi sempre nelle gravi pneumonitidi destre, e più ancora nelle doppie, mai nelle sinistre. Nelle pneumonitidi doppie vale la ragione dell'impedito scarico del sangue della vena porta nella cava, ma

nella infiammazione del destro polmone pare più proprio il ripetere tale fenomeno dal fomite flogistico diffuso al sottoposto viscere, perchè nel caso opposto dovrebbesi questo osservare anco nella pneumonitide sinistra, ciò che non occorre.

Meritasi pure l'attenzione del medico pratico la sede che tener sogliono le pneumonitidi. In generale ho osservato, che la flogosi attacca i lobi inferiori, e dirò anche che lo strato anteriore dei polmoni, lo strato, direi così, corticale ne va generalmente esente, esternandosi il male a preferenza nella parte dorsale. Egli è perciò, che, come già dissi più sopra, mal si giudicherebbe della gravezza del male, se il medico si limitasse ad esplorare colla percussione e colla ascoltazione la parte anteriore soltanto del torace. Dalla regione inferiore la flogosi polmonica suole ascendere, e diffondersi alla parte superiore.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

DELLA PNEUMONITE.

La pneumonite può venire confusa *a)* colla *pleurite; b)* colla *pericardite* con effusione copiosa entro il sacco; *c)* con un *tumore mediastinico; d)* colla *pleurodinia.*

a) Siccome la pleura divide nella maggior parte dei casi il proprio patimento col polmone, e gli esempj di pleuro-pneumonite sono assai più ovvj di quelli delle semplici pneumonitidi; così assai importante deve essere al medico il conoscerne i segni differenziali.

La pleurite si annunzia in generale sotto due forme. L' individuo o viene ad un tratto sorpreso da un gravissimo dolore assai pungente, immutabile di sede; o vaghi dolori lo molestano ora alla parte inferiore del torace, ora alla regione scapolare, ora alla mammellare (*). Alla prima

(*) *Sulla Toracentesi*; Memoria letta alla Società d'Incoraggiamento delle Scienze e delle Arti nella Sezione Medico-Chirurgica dal dottor Gola, membro effettivo, ed inserita nella *Gazzetta Medica di Milano*, Tomo III, N.° 27, 1844.

conseguitar suole l'empiema, alla seconda l'effusione sierosa; e siccome questa è più celere nei disordini che riflette sul polmone, così più agevole riesce ad essere confusa colla pneumonitide. La distingueranno però le seguenti modificazioni sintomatiche.

La percussione non è un mezzo, su cui si possa fondare un diagnostico differenziale sicuro, perchè tanto nella pleurite, che nella pleuro-pneumonitide non viene al loro esordire tollerata. Quando poi si possa praticare, essa sarà normale ne' suoi risultati nella pleurite, e un po' al disotto del normale nella pleuro-pneumonitide. Colla ascoltazione nella pleuro-pneumonitide, o sentesi una respirazione debole, se il male è nel suo principio, o se appena più innoltrato, rilevasi il rantolo crepitante secco: nella pleurite, obbligando l'ammalato a vincere il punto ove avvi il dolore e inspirare profondamente, si ha il rumore respiratorio normale affatto.

Se la malattia segna già la durata di tre o quattro giorni il diagnostico differenziale diviene più evidente. Succedendo alla pleurite l'effusione, l'ispezione rileva il lato affetto più dilatato, e lo conferma il misuramento: la percussione si fa muta dal basso del torace fino al punto, ove giugne il liquido, e l'ottusità di suono è supe-

riore a quella della pleuro-pneumonite con specifica resistenza al dito. Tralascio di parlare del cangiamento della ottusità a norma delle posizioni diverse che si danno all'ammalato,essendo un fatto che în pratica si verifica meno assai di quello vogliasi generalmente far credere. L'ascoltazione è negativa: l'orecchio applicato al petto non rileva il rumore respiratorio vescicolare, nè alcun rantolo a sua vece: fra la spina e la scapola si ode un soffio bronchiale, ma non aspro come nella pneumonite. La voce per la via dei bronchi viene trasmessa acuta, non così grave come nella pneumonite, diversi essendo i mezzi di conducibilità: la voce istessa sentita in altre parti del petto si modifica sotto quella forma che venne designata coll'epiteto di *senile, caprizzante, argentina*. La tosse nella pleurite è secca, inane. Tralascio di opporre i segni della pneumonite, poichè di essi ne è già istrutto il lettore. Giunto il medico a questo punto nella ricerca dei segni sensibili , non ha esso più bisogno d'altro soccorso per bene stabilire il suo diagnostico.

b) Una pericardite, alla quale siegua una copiosa effusione, potrebbe venire confusa colla pleuro-pneumonitide. Il dolore esiste in amendue queste malattie : l' effusione portando una compressione sul sinistro polmone dà luogo ad

un soffio bronchiale fra la spina e la scapola, estingue il rumore respiratorio vescicolare, rende ottusa la percussione. Questo fatto io l'ho verificato in tre individui. Ma il medico deve risovvenire a sè stesso, che in generale nelle pleuropneumonitidi la flogosi attacca il lobo inferiore, che lo strato polmonare anteriore appena si allontana, nel più dei casi, dallo stato normale; laddove nelle effusioni pericardiche la percussione offre nella parte anteriore una estensione di ottusità assai grande, e la compressione del polmone facendosi dal basso all'alto cagiona una modificazione del rumore respiratorio anco sotto la scapola. A questi segni negativi della respirazione non precedette d'altronde il rantolo crepitante secco, patognomonico della pneumonitide, non vi furono sputi sanguigni: la tosse fu secca, inane. Dall' altra parte il medico rileva dei disordini nelle funzioni del cuore, che d'ordinario non complicano le pneumonitidi: lo stesso colorito del malato non è il pneumonico, ma pallido: l' ansietà è superiore di gran lunga all' affanno della pneumonitide, oltre gli altri segni che si desumono dal decubito, dalle veglie spaventose, dal polso caratteristico della pericarditide.

c) Le masse encefaloidee, scirrose che trovansi talora nel cavo del petto, e che d'ordi-

nario hanno la loro origine nel tessuto cellulare del mediastino possono offrire una difficoltà al diagnostico della pneumonitide. Io ne ho citato un caso assai interessante nel volume secondo, numero 2 della *Gazzetta Medica di Milano*, e quattro se ne leggono nel *Dict. de Med. et Chir. pract.* all'articolo *Cancer* riferiti da *Bouillaud*, ma in tutti questi esempj la sola sezione rilevò le masse cancerose, che eransi formate nel cavo toracico. Da ciò giudicar deve il medico, quanto ne sia difficile il diagnostico differenziale. Un sospetto però, se non una certezza della esistenza di tale prodotto sembra, a parer mio, si potrebbe concepire seguendo diligentemente il principio, e l'andamento dei segni caratteristici della pneumonitide. Nel principio questa supposta flogosi polmonare dovrebbe riconoscere una causa diversa dalle comuni e generali, che la sogliono provocare. Nell' andamento si deve scorgere una persistenza troppo ostinata di alcuni segni sensibili e razionali: il difetto di alcuni altri, la loro imperfetta successione. In alcuni gioverà a recar luce la cognizione delle malattie antecedenti, l'esame attento della fisica costituzione del paziente, il suo proprio abito. Ad ogni modo tacer non si possono le gravi difficoltà, che ingombrano un tale diagnostico.

d) Facile sarà il distinguere la pleuro-pneumonite dalla pleurodinia, malattia che, giusta i nosologi, ha la sua sede nei muscoli intercostali, e che con più appropriata denominazione viene oggi designata col titolo di *miosite intercostale*. Se la percussione, atteso la forza del dolore, non può concorrere quale segno differenziale, la integrità del rumore respiratorio vescicolare, e nel principio e nel decorso del male basterà sola, senza consultare i segni razionali, ad assicurare il medico, che il parenchima polmonare non partecipa all'esterno patimento.

SUCCESSIONI MORBOSE
DELLA PNEUMONITIDE.

La pneumonitide può passare *a)* alla risoluzione; *b)* all'induramento; *c)* alla suppurazione; *d)* alla gangrena.

a) L'esito più frequente è quello della risoluzione. Il medico e l'ammalato prestano vicendevolmente la loro opera per ottenere questa favorevole terminazione: il primo colla conveniente applicazione dei rimedj: il secondo col ricorrervi prontamente, e colla lodevole sua costituzione fisica. Per grave che decorra una pneumonitide, quando non manchino tali condizioni, può il medico andar sicuro del favorevole successo delle sue cure. Ma fino a qual grado della pneumonite si può sperare la risoluzione? *Laennec* ammetteva, che la flogosi polmonare risolvere si potesse nello stato di epatizzazione rossa, e che si dasse pur esempio di risoluzione nella successione grigia. Ma le alterazioni avvenute nel viscere del respiro in seguito a quest'ultimo postumo sono tali, che nessuno parteggiò l' opinione di *Laennec*. Dietro quali segni si conosca

avvenire la risoluzione è già stato indicato, come venne pure dimostrato, che il polmone dopo aver superato l'esito di epatizzazione non riprende tosto le sue fisiche espressioni.

b) L'esito di induramento venne dai patologi indicato coi nomi di *epatizzazione rossa*, la quale passa ad un'altra detta *grigia*, quando o per la propria forza di vita, o per una respirazione supplementaria protraendo l' ammalato i proprj giorni, viene alla rossa epatizzazione concesso il tempo di correre, dirò così, le sue metamorfosi.

Il medico si avvedrà della successione in tal esito, quando giunta la pneumonite al secondo grado, durano pertinaci i segni sensibili di questo stadio, aumentano anzi di forza, di intensità ad onta dell'attivo metodo di cura, che avrà impiegato per vincere la malattia. La percussione darà un suono muto *tamquam percussi femoris*, e l' ascoltazione colla maggiore risonanza della voce, col riflesso dei movimenti del cuore, e colla respirazione soffiante propagata su tutti i punti del polmone epatizzato indicherà chiara l'indole dell'avvenuto esito.

c) Io non parlerò in questo luogo delle suppurazioni conseguenti a fusioni tubercolari: esse spettano alla tisi, e non sono del mio argomento. Voglio solamente alludere a quella forma di

suppurazione che viene generalmente intesa sotto il nome di *ascesso polmonare*, effetto immediato della flogosi acuta del parenchima polmonare. Gli ascessi polmonari, a differenza delle fusioni tubercolose si formano per lo più nei lobi inferiori dei polmoni, mentre quelle prediligono i superiori: quelle riconoscono una causa specifica, scrofolosa; tengono un andamento cronico; questi dipendono dalla potenza di una flogosi legittima cagionata da cause generali produttrici d'ogni flogistico processo.

Tutti i pratici convengono sulla rarità degli ascessi polmonari, ed è questo un fatto generalmente osservato. La flogosi acuta del polmone tende più all'esito della epatizzazione rossa, o sia dell'induramento, che a quello della suppurazione.

Non avvi un criterio sicuro, che ne possa far presentire il passaggio della infiammazione del polmone in un ascesso: esso non esiste, se ricorriamo ai segni razionali, non, se ai segni sensibili: e questi e quelli ne possano far nascere dei dubbj, ma non già una sicurezza. Nei casi, che si sono presentati alla mia pratica, osservai persistere la negazione del rumore respiratorio, continuare il soffio bronchiale alla parte inferiore del polmone ad onta del protratto decorso del male, e della attività della cura, ele-

varsi, e rotondarsi il costato, svilupparsi un lieve edema intercostale, rendersi più molesta la tosse, sospendersi ogni secrezione della mucosa bronchiale, continuare più inasprita la febbre. La percussione rimaneva sempre muta nel lato affetto, difficile il decubito laterale del paziente, grande la prostrazione delle forze. Ma la diagnosi si agitava sempre fra il concetto patologico di una epatizzazione, o di un ascesso. Negli stessi casi non vi fu mai precedenza di febbre a freddo, sulla quale tanto si appoggia il prognostico di una suppurazione. La rottura dell'ascesso ávvenne sempre per la via dei bronchi, e la materia purulenta evacuata in copia nei primi giorni andava mano mano scemando fino alla totale cessazione. I segni sensibili, che si manifestarono dopo che la materia erasi aperta una via per i bronchi, erano gli stessi che si appalesano nelle escavazioni tubercolose. Compiuto l' avvicinamento e la cicatrizzazione delle opposte pareti del sacco rimase nella località una respirazione imperfetta, ed il costato offerse una sensibile depressione paragonato con l'opposto sano. Gli ammalati si ristabilirono a poco a poco: il polmone sano, esagerando la propria funzione, suppliva così lodevolmente al difetto d'aria, che pativa il viscere stato infermato, che gl'individui

a mala pena s'accorgevano del sofferto male, e delle riportate sequele.

d) L'esito in gangrena è assai più raro; nel volume primo, numero 5 della *Gazzetta Medica di Milano*, io ho citato una storia assai interessante di gangrena del polmone, ove nell'epicrisi ho parlato delle cause e delle disposizioni individuali, per le quali la pneumonite passa alla gangrena: ho dimostrato essere dessa, contro l'opinione di alcuni francesi, un postumo della pneumonite, ho esposto i sintomi ed i segni sensibili, che ne rivelano la presenza, ed infine ho conchiuso intorno ai mezzi suscettibili di tentarne la cura. Rimandando il lettore a quella mia Memoria io qui non trascriverò che i sintomi ed i segni fisici e razionali in essa esposti.

« La rapidità del corso del male, la soppres-
« sione delle forze fino dal principio, il decu-
« bito grave, la indifferenza dell'animo, e come
« dice *Frank* = *Serenitas mentis in deterrima*
« *rerum positione:* il colorito pallido del viso,
« quasi plumbeo, non proprio ad uno pneumo-
« nico, l'abbassamento della temperatura della
« cute, il sudore viscido, gli sputi diffluenti,
« grigiastri, misti a tante bollicine d'aria, i fre-
« quenti attacchi di tosse, l'odore insopportabile
« della materia escreata, l'alito fetente del ma-

« lato, i rantoli di varie specie, il gorgoglio
« nella parte, ove esiste la escavazione gangre-
« nosa, il rumore di pentola fessa sotto la per-
« cussione, le emorragie polmonari formano
« il quadro semiottico della gangrena polmo-
« nare. »

CURA.

Agevole tornerebbe la cura della infiammazione del polmone, e si ridurrebbe ad una semplicità veramente speciosa, se il medico avesse ad incontrarsi sempre in soggetti di sana costituzione fisica, e prestar dovesse la sua opera a male recente. Le sottrazioni di sangue, e le bevande semplicemente nitrate condurrebbero la malattia alla perfetta risoluzione nel periodo di sette giornate, dopo le quali non avrebbe il medico che a dirigere la convalescenza del suo malato. Ma questi fatti ben più frequenti nella campagna, e nelle arie più salubri, occorrono assai di rado nella nostra città, ove la cura delle pneumonitidi offre bene spesso gravi difficoltà non già nella scelta del metodo, ma sibbene nella misura dei mezzi da adoperarsi. Chè non è sempre agevole il giudizio di una indicazione per ripetere il salasso, ed esige per pronunciarla il più diligente esame diagnostico del viscere ammalato. Per raggiugnere poi un tale

esame altra chiave non possediamo più sicura della ascoltazione, e questo preziosissimo mezzo, che ne scortò sul principio del male per conoscerlo nella sua natura, gravezza ed estensione, è pure il solo che ne guida e soccorre nell'importantissimo ufficio di medicare. Ma il sapere approfittare della ascoltazione per dirigere i mezzi di cura non fu finora scopo di alcun medico, e in quella terra istessa, ove essa sortì i suoi natali, il medico si accontenta di avere per essa diagnosticato una pneumonite; ma la abbandona nel maggior bisogno, quando, cioè, di questa valer si deve nella terapia, e da ciò derivano quelle infelici cure, di cui ridondano le opere dei Francesi.

Nell'indicare pertanto i mezzi di cura da opporsi alla pneumonitide io mi appoggierò ai segni sensibili, che essa presenta ne' singoli suoi stadj desumendone dai medesimi le indicazioni, e chiaro risulterà essere questa una non ingannevole via per procedere sicuri nella parte terapeutica di questa malattia.

Le sottrazioni di sangue costituiscono il rimedio cardinale da opporsi alla pneumonitide. Se il soggetto è robusto, recente la malattia, se nel primo grado, annunciata dal rantolo crepitante secco, diffuso, le sottrazioni esser vogliono

più generose, e ripetute nella giornata. Io non posso convenire con quei medici, i quali estraggono le trenta, e più once di sangue al primo svolgersi delle pneumonitidi, nè mi posso indurre a credere, che per tal guisa arrivino a jugulare la flogosi. Se pur vi furono esempj di tal fatta, saranno stati casi di plettora polmonare, mai certamente di infiammazione, poichè una volta che si è iniziato un processo flogistico, una volta che il rantolo crepitante secco, diffuso ne ha constatato l'esistenza, la jugulabilità è un'idea speciosa, non è più un fatto pratico. Io ho ciò veduto le tante volte, ho pur anco tentato di raggiugnere questo preteso scopo, e mi vi sono sempre provato invano: ho dovuto servire alla flogosi e seguirne le varie sue fasi.

Ad onta pertanto del valente metodo antiflogistico opposto alla infiammazione, essa corre i suoi periodi, ed al rantolo crepitante tiene presso il soffio bronchiale, il quale, aspro prima d'assai, indica un grande afflusso di sangue nelle vescicole polmonali. Forza è pertanto insistere nella sanguigna, e seguir bene ad un tempo coll'orecchio, esplorando non meno di due volte al giorno il proprio ammalato, le modificazioni nel timbro del soffio. Quando questo si fa più dolce, rimetta il medico nella sanguigna: si ac-

contenti di sottrarre sangue una sola volta al giorno.

Un altro criterio della diminuzione della flogosi lo desumerà da qualche crepito umido, che sul finire della ispirazione sentirà svolgersi qua e là intorno al soffio bronchiale reso meno aspro, come da un centro a' suoi raggi. Indicando questo segno, che l'aria si fa strada per alcune vescicole del parenchima polmonare, forma un criterio pel medico indicante, che la flogosi va piegando. Egli è a questo punto che giova assai più che nel principio dar luogo al tartaro stibiato, accrescerne prudentemente, e non con eccesso le dosi, invitare la cute ad una blanda traspirazione.

Occorre in molti esempj, e questo è un fatto, intorno al quale amerei chiamare l'attenzione del pratico, che il soffio bronchiale, reso meno aspro d'assai, insiste non di meno eguale fra il margine interno della scapola e la spina per più giorni, e la respirazione vescicolare intorno intorno non ascoltasi ancora restituita, o lo è solo imperfettamente. Qui è dove al medico nascere potrebbe il sospetto di un persistente ingorgo polmonare da determinarlo a continuare nella sanguigna. Non negando il caso, che sotto tali condizioni possa talora convenire il ripetere di nuovo

il salasso, consiglio però il medico a ben ponderarne l'indicazione. La dolcezza del soffio è già un indizio di minore conducibilità del polmone, indizio di scemato turgore del medesimo: l'insistenza dello stesso soffio ad un grado sempre eguale, e la non perfetta comparsa del rumore respiratorio vescicolare devesi ad un edema polmonare che in alcuni individui, come disse già *Laennec*, suole succedere, laddove si è tramato un grave processo flogistico, e quindi evvi un'altra ragione della persistenza del soffio senza che vi esista infiammazione. A queste ragioni patologiche accoppiar bisogna l'esame dei segni razionali desunto dall' indole della tosse, e de' suoi prodotti, dalla febbre, ec. In questo caso torneranno assai proficui i diuretici, ed è sotto l'uso delle polveri temperanti in ispecie, del cremore tartaro misto alla digitale, di questa associata al nitro, al calomelano, che, determinata una copia di orine maggiore, rilevasi scemare ogni giorno il suddetto soffio bronchiale, e restituirsi la normalità delle fisiche condizioni del polmone. Ed io vorrei che ponessero ben mente i pratici a questo edema, o, come dicono i Francesi, infiltramento sieroso conseguente alla flogosi parenchimatosa del polmone. Esso può, se non in pari grado, modificatamente per lo meno,

dare risultati da imporre tuttavia per il giudizio di un ingorgo polmonare, e trarre in errore i meno esperti nella ascoltazione, dubitando di una ostinata persistenza della flogosi, che già trovasi paralizzata dai praticati mezzi di cura.

Male si avviserebbe il medico, se credesse che sul declinare della malattia ai sintomi razionali andar dovessero di pari passo i sensibili, e come quelli nella cessazione della tosse, degli sputi, della febbre annunziarono il non dubbio ritorno alla salute; così la dovessero questi confermare colla sonorità normale e colla respirazione vescicolare. È questo quel punto, nel quale l'ascoltazione non risponde al medico che in via negativa, e a lui fa conoscere, che non deve essere mai consultata sola, ma sempre congiuntivamente ai segni razionali, dai quali riceve essa pure un riverbero di luce in compenso dei molti, che essa riflette ad illustrazione di quelli. Il polmone stato ammalato non riassume che a poco a poco la libertà delle sue funzioni, e non è che dopo parecchi giorni, che il medico segna nel medesimo il ritorno del primo rumore respiratorio vescicolare e della sonorità primiera. Questa poi è sempre l' ultima a ripristinarsi. Giova conoscere bene tutti questi accidenti, i

quali non sono che l'espressione del fatto, onde procedere sicuri nel medicare.

In una pneumonitide semplice, legittima ben di rado, o dirò mai abbisogna il medico del metodo rivulsivo. Quando la cura sia stata ben diretta, siasi alla flogosi opposto tosto il salasso, nè vi faccia eccezione una mala costituzione dell'individuo, il solo metodo antiflogistico attivo è per sè sufficiente a ridonare la salute, e la natura stessa, attivando le estremità capillari della cute ad una lodevole secrezione, suole per lo più operare una crisi favorevole.

Ben altrimenti va la cosa, se alla flogosi del parenchima polmonare abbia preceduto quella dell'albero bronchiale, come sono frequentissimi gli esempj nella nostra città. La cura esige in questi casi delle modificazioni non tanto sul principio, quanto sul suo declinare.

In questi casi dopo avere opposto alla flogosi un certo numero di sanguigne a norma della sua gravezza e dell'indole più o meno vigorosa del soggetto, scompajono al nostro orecchio i segni sensibili della pneumonitide e subentrano quelli della bronchitide discesa al secondo stadio, o sia i rantoli umidi. La declinazione della flogosi parenchimatosa e della mucosa bronchiale operata ad un tempo istesso dalle opposte sanguigne,

dà luogo ad una esalazione della mucosa dei grossi e piccoli bronchi, che di giorno in giorno si rende più copiosa e più densa, ed a questa patologica condizione dei bronchi male si provvederebbe, se si volesse insistere colle sanguigne. Giova in queste circostanze dar luogo dapprima alle polveri di ipecacuana per passare al chermes, all'ossido bianco di antimonio, che in alcuni individui d'indole scrofolosa tendenti alla blennosi associasi con esito assai favorevole al calomelano, e simultaneamente convengono i vescicanti alle braccia, le frizioni stibiate, o di olio di croton tilion al petto. Negli individui intolleranti delle polveri subemetiche torna egualmente utile l' impiego dell' infuso di poligala coll' ossimiele colchico, o scillitico, della gomma ammoniaca sotto forma emulsiva, di quei rimedi infine, che opporre si sogliono alle blennorree bronchiali.

FINE.

